

# 地域医療構想の今後の進め方について

和歌山県湯浅保健所

令和7年3月13日

# 2025年に向けた地域医療構想の 取り組みについて

## 地域医療構想に関する主な経緯

年度	主な経緯	制度改正等	財政支援等
～H28	病床機能報告の開始 全都道府県で地域医療構想を策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療法改正（H26年公布） <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想、病床機能報告制度の創設</li> <li>・病床機能報告における過剰な医療機能への転換時の対応</li> <li>・地域医療構想調整会議の協議が整わないとき等の対応</li> <li>・非稼働病床の削減に向けた対応</li> </ul> </li> <li>○通知：地域医療構想策定ガイドライン（H29.3.31局長通知）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域医療介護総合確保基金の創設</li> <li>・地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業</li> </ul>
H29	公立・公的医療機関等において、先行して対応方針の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事務連絡：地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について（H29.9.29） <ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な医療機能の報告</li> </ul> </li> <li>○通知：地域医療構想の進め方について（H30.2.7課長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別の医療機関ごとの対応方針のとりまとめ</li> <li>・新たな医療機関の開設の許可申請への対応（不足する医療機能の提供に係る条件付き許可を付す場合の整理）</li> <li>・非稼働病床を有する医療機関への削減に向けた対応（地域医療構想調整会議での説明等）</li> <li>・地域医療構想調整会議の年間スケジュールの作成</li> </ul> </li> </ul>	
H30		<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療法改正(地域医療構想の実現のため知事権限の追加) <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな医療機関の開設等の許可申請への対応（将来の病床の必要量を超える場合の対応）</li> </ul> </li> <li>○通知：地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策（H30.6.22課長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県単位の地域医療構想調整会議、都道府県主催研修会、地域医療構想アドバイザーの設置等</li> </ul> </li> <li>○通知：地域の実情に応じた定量的な基準の導入（H30.8.16課長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・定量的基準の導入</li> </ul> </li> </ul>	
R1	公立・公的医療機関等の対応方針の再検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>○通知：公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について（R2.1.17局長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・公立・公的医療機関等の対応方針の再検証等の実施</li> </ul> </li> </ul>	
R2			<ul style="list-style-type: none"> <li>○病床機能再編支援事業の開始</li> <li>○重点支援区域の開始</li> </ul>
R3	医療機関の対応方針の策定や検証・見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>○通知：地域医療構想の進め方について（R4.3.24局長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しの実施</li> <li>・検討状況の定期的な公表</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療介護総合確保法改正 <ul style="list-style-type: none"> <li>・再編計画の認定制度創設</li> <li>・病床機能再編支援事業基金化</li> </ul> </li> </ul>
R4	地域医療構想の進捗状況の検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>○告示：医療提供体制の確保に関する基本方針（R5.3.31一部改正）</li> <li>○通知：地域医療構想の進め方について（R5.3.31課長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進</li> </ul> </li> </ul>	○再編検討区域の開始
R5	2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○通知：2025年に向けた地域医療構想の進め方について（R6.3.28局長通知） <ul style="list-style-type: none"> <li>・モデル推進区域及び推進区域を設定し、アウトリーチの伴走支援の実施</li> <li>・地域別の病床機能等の見える化</li> <li>・都道府県、医療機関の好事例や支援策の周知</li> <li>・都道府県等の取組に関するチェックリストの作成</li> </ul> </li> </ul>	
R6	2025年に向けた地域医療構想の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○通知：地域医療構想における推進区域及びモデル推進区域の設定等について（R6.7.31局長通知（R6.10.10一部改正））</li> </ul>	○推進区域及びモデル推進区域の開始

※制度・支援については、開始以降、継続的に実施。



# 2025年に向けた地域医療構想の更なる推進

第15回地域医療構想及び医師確保計画に  
関するワーキンググループ  
令和6年7月10日

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

## 2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

### 1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

### 2. 国による積極的な支援

#### ①地域別の病床機能等の見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等を見る化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

#### ②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

#### ③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

#### ④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

#### ⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

#### ⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施



## 推進区域について（案）

第15回地域医療構想及び医師確保計画に  
関するワーキンググループ  
令和6年7月10日

### 推進区域の設定

○ 推進区域について、地域の実情に応じた地域医療構想の取組を更に推進するため、都道府県との調整を踏まえ、①～④の事項等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。

- ① データの特性だけでは説明できない合計病床数の必要量との差異が特に生じていること
  - ② データの特性だけでは説明できない機能別病床数の必要量との差異が特に生じていること
  - ③ 令和5年9月末調査において再検証対象医療機関における対応状況として検証中または検証未開始の医療機関があること
  - ④ その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられること
- ※「調整中」の都道府県について、引き続き調整を行う。

【7月5日時点】

- |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 北海道【調整中】</li> <li>■ 青森県【青森】</li> <li>■ 岩手県【両磐】</li> <li>■ 宮城県【石巻・登米・気仙沼】</li> <li>■ 秋田県【大館・鹿角・能代・山本】</li> <li>■ 山形県【庄内】</li> <li>■ 福島県【会津・南会津】</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 茨城県【土浦、鹿行、取手・竜ヶ崎】</li> <li>■ 栃木県【宇都宮】</li> <li>■ 群馬県【伊勢崎、藤岡】</li> <li>■ 埼玉県【北部】</li> <li>■ 千葉県【香取海匝】</li> <li>■ 東京都【区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東北部、区東部、西多摩、南多摩、北多摩西部、北多摩南部、北多摩北部、島しょ】</li> <li>■ 神奈川県【県西】</li> <li>■ 新潟県【中越】</li> <li>■ 山梨県【峡南】</li> <li>■ 長野県【上小】</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 富山県【新川】</li> <li>■ 石川県【能登北部】</li> <li>■ 岐阜県【飛騨、東濃】</li> <li>■ 静岡県【駿東田方】</li> <li>■ 愛知県【東三河北部】</li> <li>■ 三重県【松阪】</li> </ul>                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 福井県【嶺南】</li> <li>■ 滋賀県【湖北】</li> <li>■ 京都府【丹後】</li> <li>■ 大阪府【南河内】</li> <li>■ 兵庫県【調整中】</li> <li>■ 奈良県【調整中】</li> <li>■ 和歌山県【有田、新宮】</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 鳥取県【調整中】</li> <li>■ 島根県【調整中】</li> <li>■ 岡山県【真庭】</li> <li>■ 広島県【呉】</li> <li>■ 山口県【宇部・小野田】</li> <li>■ 徳島県【東部】</li> <li>■ 香川県【東部】</li> <li>■ 愛媛県【松山】</li> <li>■ 高知県【中央】</li> </ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 福岡県【調整中】</li> <li>■ 佐賀県【中部、南部】</li> <li>■ 長崎県【長崎】</li> <li>■ 熊本県【熊本・上益城】</li> <li>■ 大分県【東部、北部】</li> <li>■ 宮崎県【西諸】</li> <li>■ 鹿児島県【姶良・伊佐】</li> <li>■ 沖縄県【中部、南部】</li> </ul> |

- ※ 原則として各都道府県あたり1～2か所設定することとしているが、地域の実情等を踏まえ、複数の圏域にまたがる課題の解決が必要な場合等には、複数の構想区域を設定。
- ※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。
- ※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

# 有田構想区域対応方針（令和6年9月策定）

## 構想区域のグランドデザイン

人口減少、医療需要の変化等を踏まえ、役割分担及び連携の強化を図り、患者の病状に合った効率的で質の高い医療提供体制を構築する。

特に公立公的病院を中心とした役割分担のうえ、以下の医療提供体制を確立する。

- ・ 高齢化に伴い増加が予測される、慢性疾患・誤嚥性肺炎や骨折の治療を圏域内で行う。
- ・ 初期・二次救急対応を可能な限り圏域内で行う。
- ・ 圏域内での対応が困難な重症患者等は速やかに高度専門診療を行う医療機関へ紹介し、専門診療後のフォローアップ・在宅療養・リハビリテーションを圏域内で提供する。

## 今後の対応方針

### 【①構想区域における対応方針】

人口減少、医療需要の変化等を踏まえ、2つの公立公的病院（有田市立病院・済生会有田病院）を中心とした医療機能の分化・連携を進めつつ、圏域内で提供し完結すべき医療を適切に提供できる体制を構築する。

### 【②「①構想区域における対応方針」を達成するための取組】

- ・ 有田市立病院と済生会有田病院の役割分担と連携の方法について、各病院と県で検討する。
- ・ 地域医療構想の実現に向けて各医療機関が果たすべき機能や役割、圏域における課題等についてのアンケート調査を実施し、圏域での機能分化・連携を促進するための議論を行う。
- ・ 各医療機関が策定した対応方針の再検証を行う。
- ・ 非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換を引き続き検討する。

## 対応方針に基づく今後の進め方（案）

### 到達目標【2024年度】

課題の洗い出しを行い、各医療機関の課題が見える化し共有する。

#### 【これまでの取り組み（継続）】

- ・非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換について引き続き依頼
- ・病床機能報告については、定量的基準を参考に病床機能の報告を依頼
- ・今後の対応方針への実施状況を確認

#### 【今後の対応方針を踏まえた具体的な計画（追加）】

- ・地域医療構想に係る各医療機関の課題などについてアンケートを実施

### 到達目標【2025年度】

各医療機関の課題等をもとに議論し、機能分化・連携強化を促進する

#### 【これまでの取り組み（継続）】

- ・非稼働病床については、病床の廃止や他施設への転換について引き続き依頼
- ・病床機能報告については、定量的基準を参考に病床機能の報告を依頼
- ・今後の対応方針への実施状況を確認

#### 【今後の対応方針を踏まえた具体的な計画（追加）】

- ・アンケートで見える化された各医療機関の課題等をもとに、公立・公的病院を中心に、より深化した機能分化・連携強化の議論を実施

# 病床機能報告における和歌山県の「定量的な基準」

(平成30年度地域医療構想調整会議資料\_一部改)

## 定量的な基準

### ●導入意義

- ① 一般病棟（7対1基準）に関して、高度急性期並みか急性期並みかの客観的な目安を提示するもの。
- ② 一般病棟（10対1、13対1、15対1基準）及び地域包括ケア病棟に関して、急性期機能と名乗るに相応しい機能を果たしているか否かの、客観的な目安を提示するもの。

### ●位置づけと取り扱い

- 各医療機関が病床機能報告を行うにあたっての報告基準を新たに設けるものではない。
- 各医療機関が、地域における自らの医療機能（例：地域医療に必要な救急受入件数など急性期機能の充足度を評価する）に関する立ち位置をより正確に把握することによって、実態に合った自主的な病床機能報告につなげようとする趣旨。
- 「定量的な基準」を、医療機能や供給量を把握するための客観的な目安として、地域医療構想調整会議の議論に活用し、議論の活性化につなげようとするもの。

「定量的な基準」によって病床機能の見える化を図るとともに、病床の機能分化・連携など地域医療構想の実現に向けた取組を推進。

区分	対象となる医療機能	定量的な基準																						
和歌山基準①	高度急性期・急性期	●ICUなど4対1基準の病棟は、すべて「高度急性期」																						
		●7対1基準の一般病棟のうち、以下A～Jの10項目のうち1項目以上が基準超えの病棟は「高度急性期」																						
		<table><tr><th>項目</th><th>基準①</th></tr><tr><td>A) 全身麻酔手術</td><td>2. 0回／床／月</td></tr><tr><td>B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術</td><td>0. 5回／床／月</td></tr><tr><td>C) 悪性腫瘍手術</td><td>0. 5回／床／月</td></tr><tr><td>D) 超急性期脳卒中加算</td><td>(レセプト件数) あり</td></tr><tr><td>E) 脳血管内手術</td><td>(算定回数) あり</td></tr><tr><td>F) 経皮的冠動脈形成術</td><td>0. 5回／床／月</td></tr><tr><td>G) 救急搬送診療料</td><td>(算定回数) あり</td></tr><tr><td>H) 救急諸項目</td><td>0. 2回／床／月</td></tr><tr><td>I) 重症患者への対応 (救急)</td><td>0. 2回／床／月</td></tr><tr><td>J) 全身管理への対応</td><td>8. 0回／床／月</td></tr></table>	項目	基準①	A) 全身麻酔手術	2. 0回／床／月	B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0. 5回／床／月	C) 悪性腫瘍手術	0. 5回／床／月	D) 超急性期脳卒中加算	(レセプト件数) あり	E) 脳血管内手術	(算定回数) あり	F) 経皮的冠動脈形成術	0. 5回／床／月	G) 救急搬送診療料	(算定回数) あり	H) 救急諸項目	0. 2回／床／月	I) 重症患者への対応 (救急)	0. 2回／床／月	J) 全身管理への対応	8. 0回／床／月
		項目	基準①																					
		A) 全身麻酔手術	2. 0回／床／月																					
		B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0. 5回／床／月																					
		C) 悪性腫瘍手術	0. 5回／床／月																					
		D) 超急性期脳卒中加算	(レセプト件数) あり																					
		E) 脳血管内手術	(算定回数) あり																					
		F) 経皮的冠動脈形成術	0. 5回／床／月																					
G) 救急搬送診療料	(算定回数) あり																							
H) 救急諸項目	0. 2回／床／月																							
I) 重症患者への対応 (救急)	0. 2回／床／月																							
J) 全身管理への対応	8. 0回／床／月																							
●上記以外の7対1基準の一般病棟は「急性期」																								
和歌山基準②	急性期・回復期	●下記のいずれも満たさない病院は「急性期」と報告しない																						
		<table><tr><th>項目</th><th>基準②</th></tr><tr><td>a) 手術総数 (算定回数) 【50床あたり】</td><td>1. 2回／床／日</td></tr><tr><td>b) 化学療法 (算定日数) 【50床あたり】</td><td>0. 5回／床／日</td></tr><tr><td>c) 救急医療管理加算1及び2 (算定回数) 【50床あたり】</td><td>3. 0回／床／日</td></tr><tr><td>d) 中等症以上の救急搬送件数 【1病院あたり】</td><td>100件以上／年</td></tr></table>	項目	基準②	a) 手術総数 (算定回数) 【50床あたり】	1. 2回／床／日	b) 化学療法 (算定日数) 【50床あたり】	0. 5回／床／日	c) 救急医療管理加算1及び2 (算定回数) 【50床あたり】	3. 0回／床／日	d) 中等症以上の救急搬送件数 【1病院あたり】	100件以上／年												
		項目	基準②																					
		a) 手術総数 (算定回数) 【50床あたり】	1. 2回／床／日																					
		b) 化学療法 (算定日数) 【50床あたり】	0. 5回／床／日																					
		c) 救急医療管理加算1及び2 (算定回数) 【50床あたり】	3. 0回／床／日																					
d) 中等症以上の救急搬送件数 【1病院あたり】	100件以上／年																							
【注】病院は「c」かつ「d」を満たす必要あり																								

※特定機能病院・救命救急センター・周産期母子医療センターである病院で、過去3年間の実績を定量的な基準に当てはめた結果、基準を超える病棟

※小児・周産期・緩和ケアなど地域医療に不可欠であって特殊性の強い病棟は、当基準とは切り分けて考えるものとする。

※当基準による「床」は、病床機能報告における最大使用病床数（稼働病床）をいう。



# 【参考】改定前の病床機能報告における和歌山県の「定量的な基準」

(平成30年度地域医療構想調整会議資料より)

## 「定量的な基準」の導入意義

- ① 一般病棟(7対1基準)に関して、高度急性期並みか急性期並みかの客観的な目安を提示するもの。
- ② 一般病棟(10対1、13対1、15対1基準)及び地域包括ケア病棟に関して、急性期機能と名乗るに相応しい機能を果たしているのか否かの、客観的な目安を提示するもの。

## 「定量的な基準」の目的・狙い

- ① 各医療機関が病床機能報告を行うにあたっての**報告基準を新たに設けるものではない。**
- ② 各医療機関が、地域における**自らの医療機能**(例:地域医療に必要な救急受入件数など急性期機能の充足度を評価する)に関する**立ち位置をより正確に把握することによって、実態に合った自主的な病床機能報告につなげようとする趣旨。**
- ③ 「定量的な基準」を、医療機能や供給量を把握するための**客観的な目安として地域医療構想調整会議の議論に活用することによって、議論の活性化につなげようとするもの。**

- 「定量的な基準」によって病床機能の見える化を図り、機能分化を進める。
- 並行して、『公的病院を中心とした再編・ネットワーク化』や『長期にわたる非稼働病床(病棟)の整理』などの取組を引き続き、進めていく。

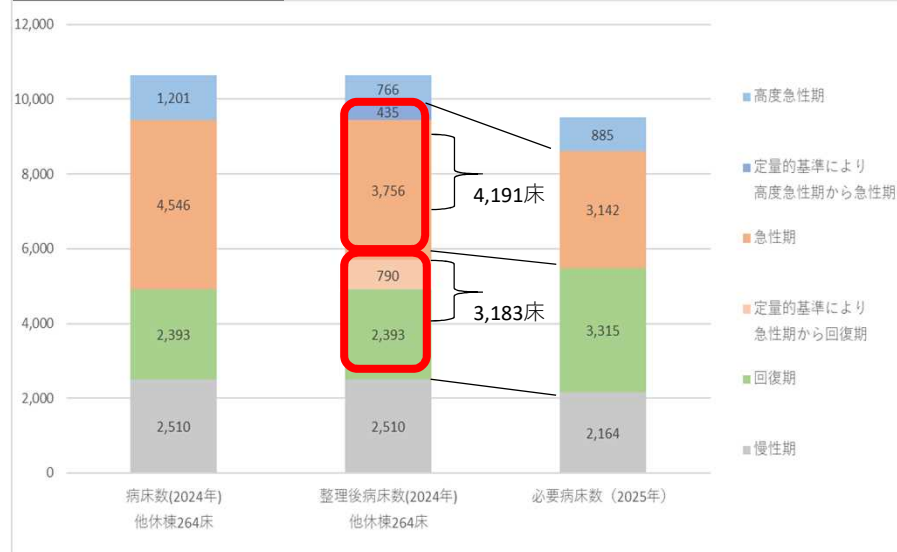
区分	基準の対象となる医療機能	定量的な基準	
和歌山基準①	高度急性期・急性期	● ICUなどの4対1基準の病棟はすべて「高度急性期」	
		● 7対1基準の一般病棟のうち、県全体において果たす役割を考慮した上で、下記A～Jの10項目のうち1項目以上が基準超えの病棟(※)は「高度急性期」	
		項目A) 全身麻酔手術	2回／床／月
		項目B) 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回／床／月
		項目C) 悪性腫瘍手術	0.5回／床／月
		項目D) 超急性期脳卒中加算	(レセプト件数)あり
		項目E) 脳血管内手術	(算定回数)あり
		項目F) 経皮的冠動脈形成術	0.5回／床／月
		項目G) 救急搬送診療料	(算定回数)あり
		項目H) 救急諸項目	0.2回／床／月
項目I) 重症患者対応(救急)	0.2回／床／月		
項目J) 全身管理への対応	8回／床／月		
● 上記以外の7対1基準の一般病棟は「急性期」			
和歌山基準②	急性期・回復期	● 救急搬送件数が下記のいずれにも満たない病院は「急性期」と報告しない。	
		項目) 救急搬送件数(消防統計)	年間300件以上 中等症以上件数が100件以上

※特定機能病院・救命救急センター・周産期母子医療センターである病院で、過去3年間の実績を定量的な基準に当てはめた結果、基準を超える病棟

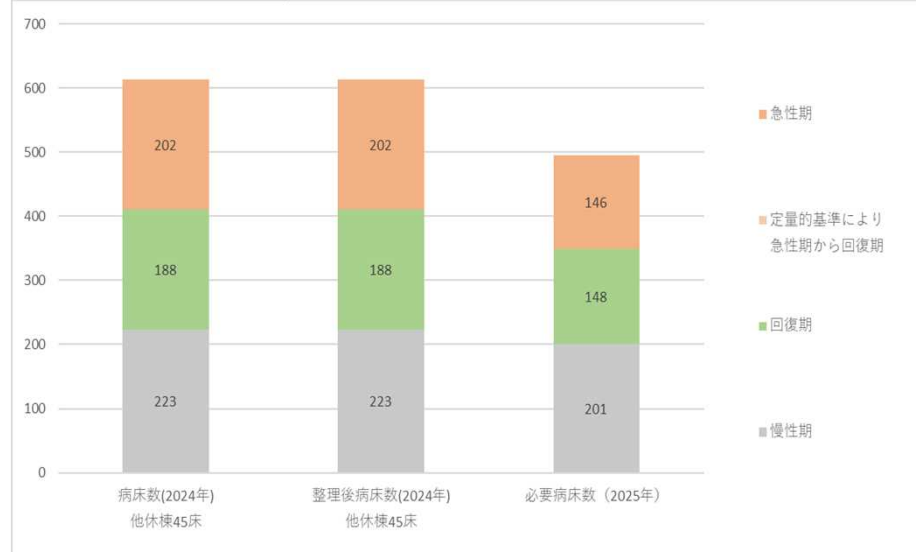
注)小児・周産期・緩和ケアなど、地域医療に不可欠であって特殊性の強い病棟は、上記の基準とは切り分けて考えるものとする。

## 高度急性期・急性期を定量的基準に基づいて整理

和歌山県

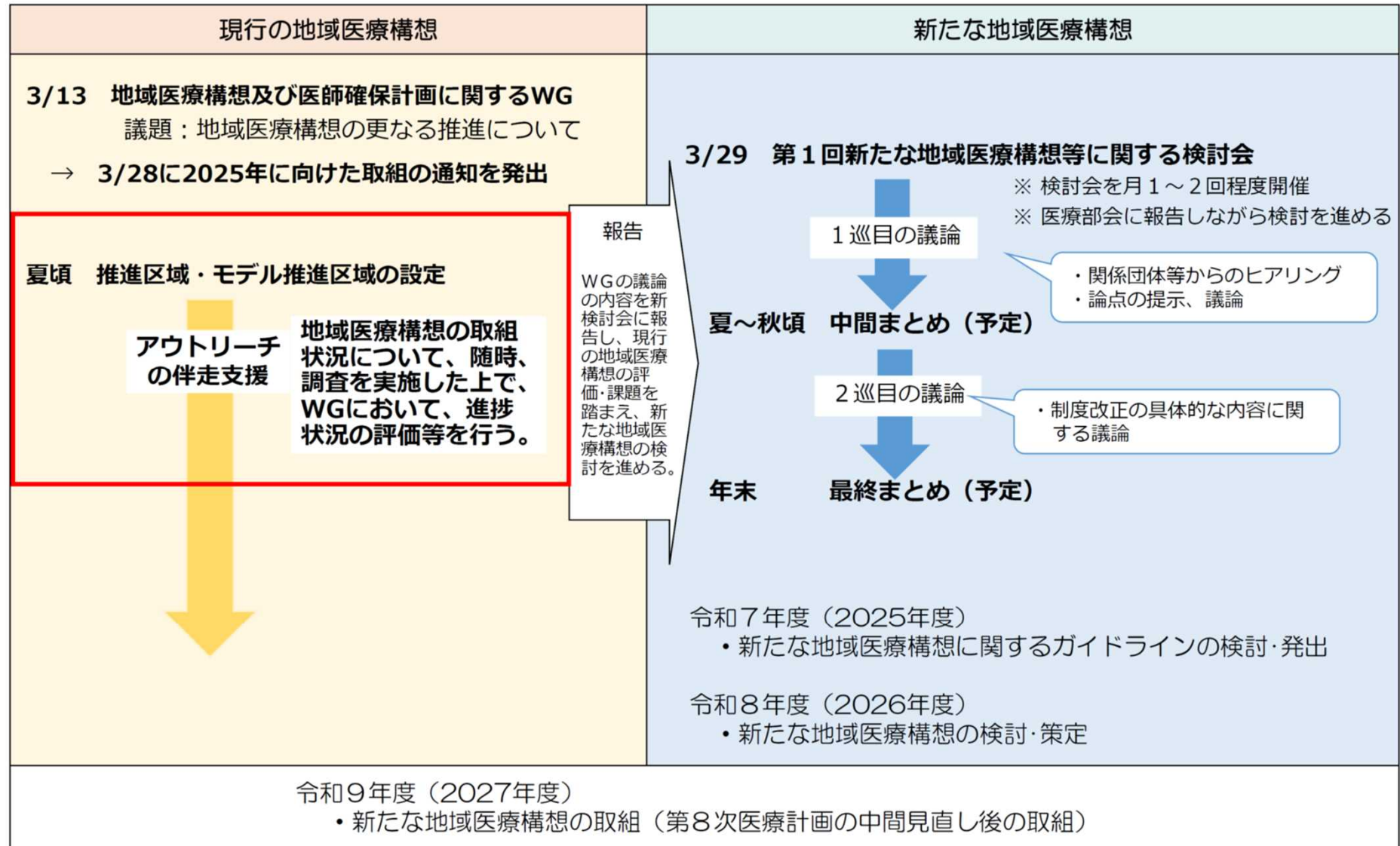


有田構想区域



# 新たな地域医療構想について

## 地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）





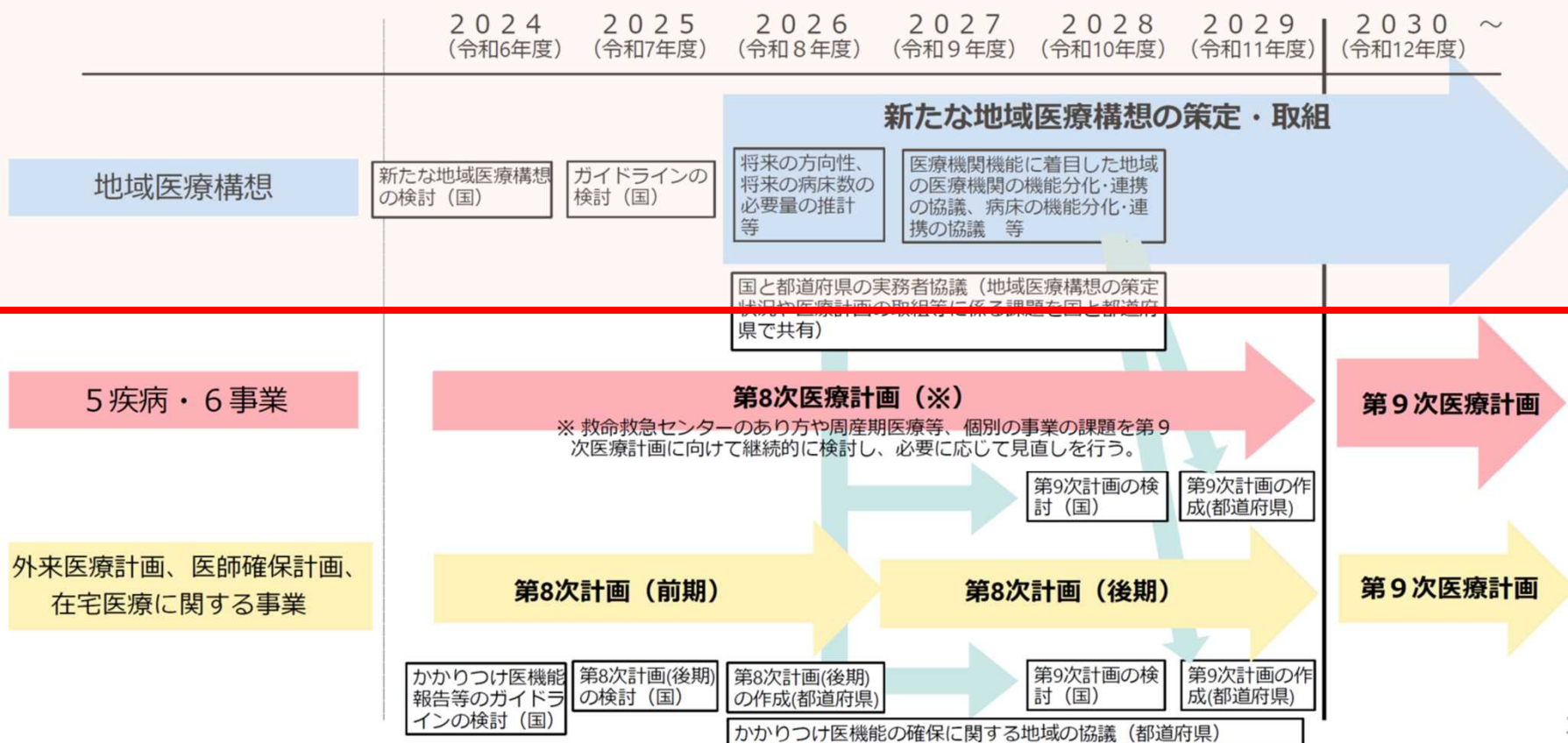
# 新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料 1

令和 6 年 1 2 月 3 日

- 新たな地域医療構想について、令和 7 年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和 8 年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和 9 ～ 10 年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第 9 次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5 疾病・6 事業については、個別の事業の課題を第 9 次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の 3 か年の計画については、令和 9 年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



## 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

### 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

### 新たな地域医療構想

#### (1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

#### (2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
  - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
  - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
  - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

#### (3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

#### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

#### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

#### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

## 病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

### 病床機能区分

#### 機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</li> <li>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>



## 医療機関機能について（案）

### 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

### 地域ごとの医療機関機能

#### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul>

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

### 広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。



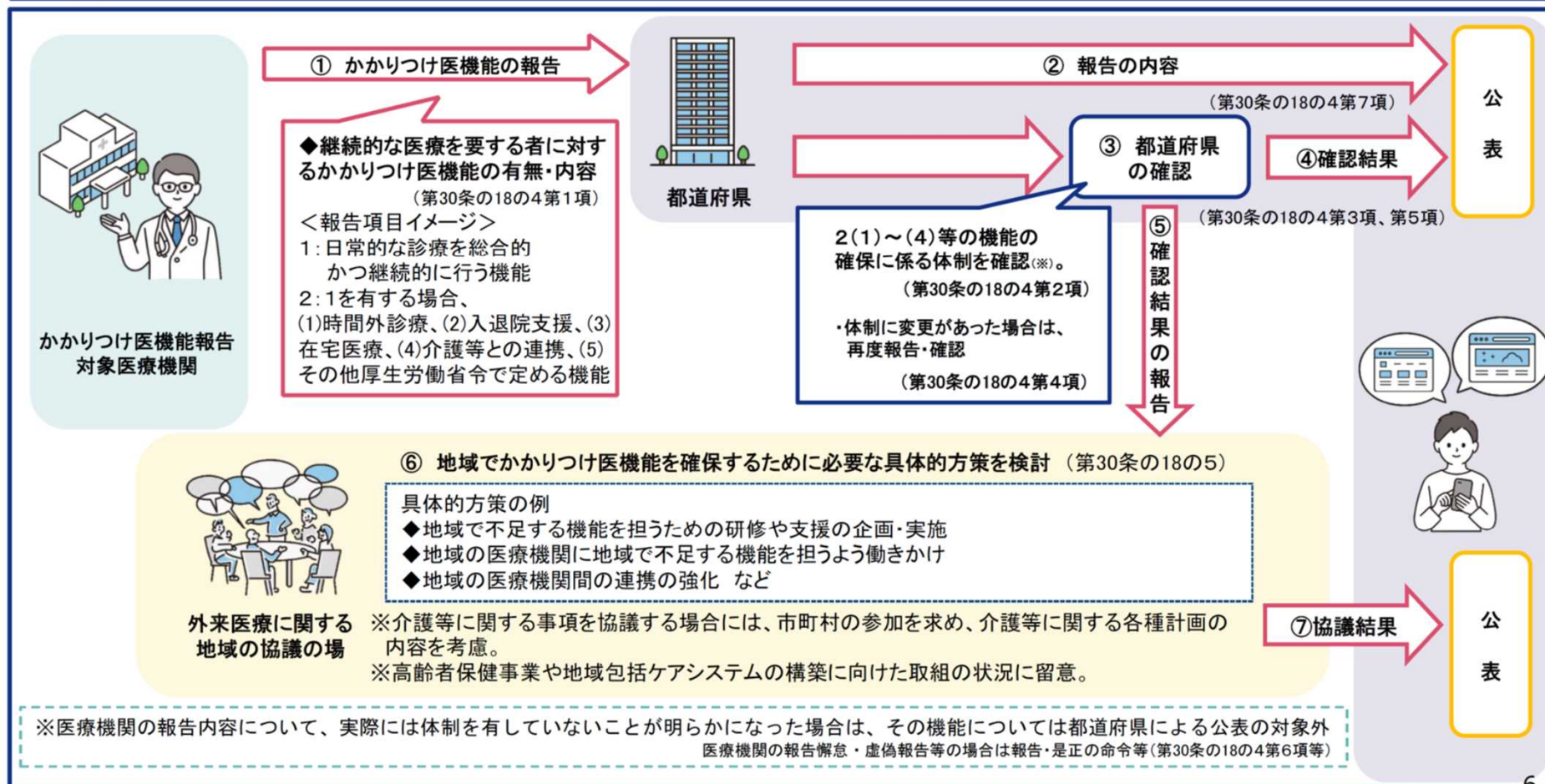
# かかりつけ医機能報告の流れ

令和5年11月15日 第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料

令和6年10月18日 かかりつけ医機能報告制度に係る第1回自治体向け説明会

## かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



## ガイドライン（案）について （かかりつけ医機能報告制度の年間スケジュール）

医療機関からの報告期間は1月から3月です。医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期に行います。都道府県は医療機関の報告に基づき、かかりつけ医機能に係る体制の有無を確認の上、報告内容とともに公表、協議の場の開催を行います。

### 年間サイクルのイメージ

11月頃～

医療機関への定期報告依頼

1月～3月

医療機関による報告及び都道府県による体制の有無の確認

4月

報告内容や体制の有無の確認結果の公表

4～6月頃

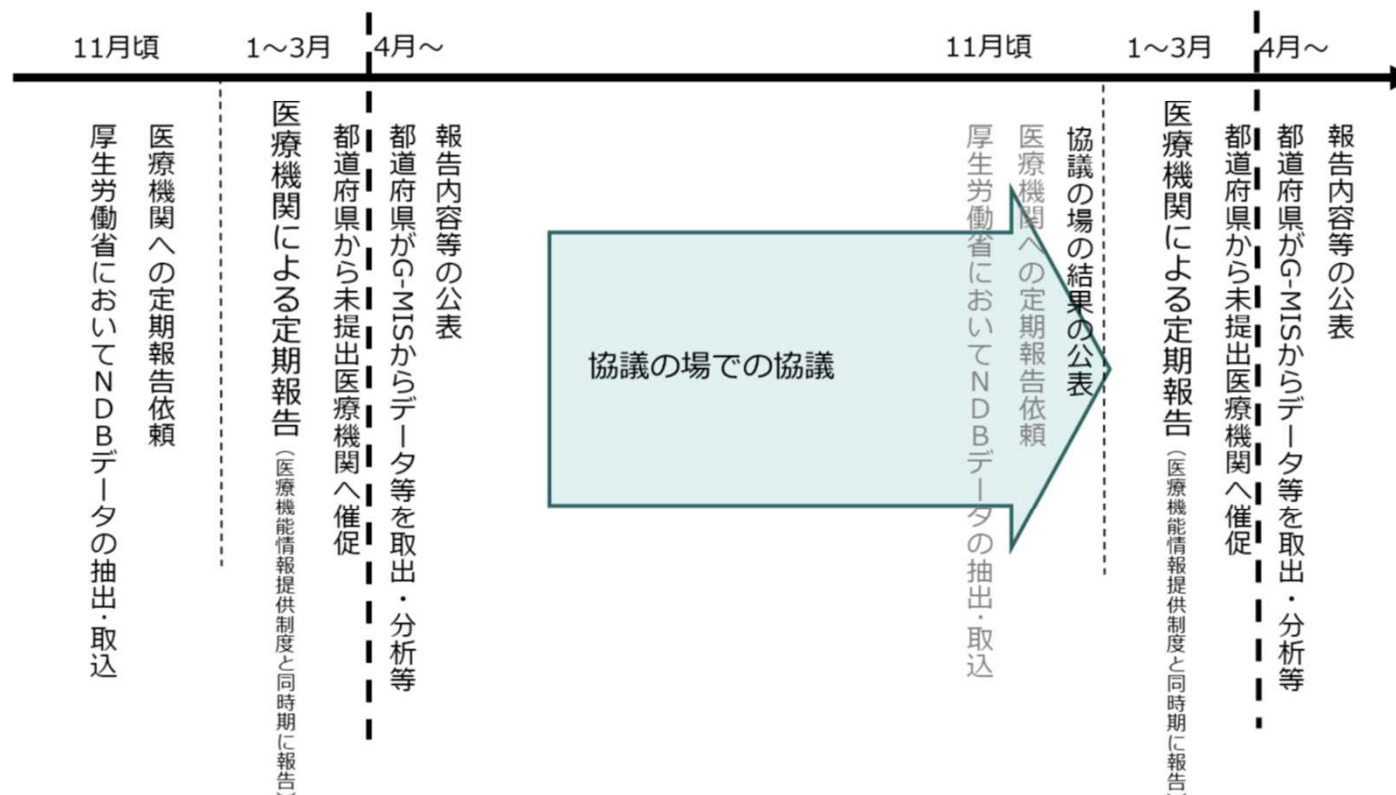
報告内容の集計・分析等

7月頃～

協議の場の開催

12月頃～

協議の場の結果の公表



出典：令和6年5月24日 第5回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料（一部改）